|  |
| --- |
| Iława, ..……………………*data***Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego**Ja, ………………………………………………………………………..………. ,*(imię i nazwisko)*posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą\*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka:……………………………………………….………………..……................. ,*(imię i nazwisko dziecka),*ucznia klasy …….. Szkoły Podstawowej Nr 4 im. Polskich Podróżników w Iławiepodczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły/placówki\* albo w wyznaczonym punkcie szczepień.Dodatkowo, zgłaszam ……... członka/ów rodziny …………………………………….… *(liczba) (stopień pokrewieństwa)* chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.\* niepotrzebne skreślić……..……………………………..*Podpis rodzica dziecka* |